

11209

37

24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

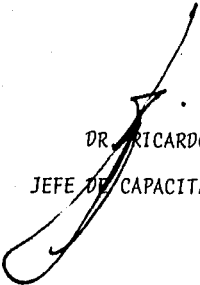
I S S S T E

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PRESENTA EL DOCTOR:

REGULO GONZALEZ NAVA


DR. RICARDO LOPEZ FRANCO

JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO


DR. GABINO CASALES ORTIZ

PROFR. TITULAR DE LA ESPECIALIDAD

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Estudio retrospectivo y prospectivo de 408 pacientes posoperados de cirugía abdominal de urgencias que presentaron complicaciones relacionadas -- con el procedimiento quirúrgico efectuado. Se analizan cuales son las complicaciones más comunes, su incidencia, los factores que influyeron en su presentación y la mortalidad que ocasionaron, para tal efecto se plantearon y valoraron las siguientes variables: edad, sexo, datos importantes tanto clínicos como de laboratorio y gabinete para basarse en cirugía, complicaciones y mortalidad, entre otras.

En conclusión, las infecciones de las heridas quirúrgicas, sepsis abdominal, absceso de pared y granulomas por reacción a material de sutura -- fueron las complicaciones más frecuentes, la incidencia fue mayor en pacientes arriba de 55 años (70.3%) y en el sexo masculino (55.3%). Los principales factores que favorecieron la presencia de complicaciones fueron, el excesivo tiempo en dar manejo quirúrgico, el juicio quirúrgico erróneo así como la edad y condiciones del paciente. La sepsis abdominal condicionó -- mayor mortalidad.

SUMMARY

We present a retrospective and prospective study where 408 patients were operated from emergency abdominal surgery, and complications correlated whit the surgical procedure performed. We analyze the most common complications, their incidence, factors of influence, their presentation and the mortality rate. The next parameters were studied: age, sex, laboratory and radiology related whit the surgical procedure, complications and mortality.

We concluded that wound infections, abdominal sepsis, parietal absces and granulomas posterior to suture reaction are described as the most frequent complications. The utmost presentation in patients of 55 years and more (70.3%) and they were male (55.3%). The age, general conditions, the prolonged median time between the diagnostic and the surgical procedure mentioned as the complications that lead to the disease. Abdominal sepsis marked -- the highest mortality.

INTRODUCCION

La patología abdominal que requiere intervención quirúrgica de urgencia es sumamente frecuente, superando de manera importante a la cirugía electiva en nuestro Hospital, la patología es sumamente variada y se presenta en todas las etapas de la vida encontrando enfermedades relacionadas con la edad y el sexo, es frecuente la asociación con otras enfermedades y la participación de dos o más órganos afectados en el mismo cuadro, en ocasiones el problema -- puede ser causado por un proceso inflamatorio o bien por trauma abdominal, abierto o cerrado, la poca información clínica que pudiera obtenerse en el primer contacto con el paciente y en fin, un sin número de eventualidades que pueden repercutir en los siguientes eventos: retraso en el diagnóstico, empeoramiento de la patología inicial, manejo quirúrgico inadecuado, diagnóstico equivocado y sobre todo la inevitable morbilidad y mortalidad en la que caen estos pacientes. 1, 2, 8, 10

Cualquiera que sea la causa que produzca la patología abdominal, desencadena una serie de síntomas y signos muy variados, pero de ellos el que -- siempre esta presente es el dolor abdominal, puede haber concómitamente vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, hemorragia gastrointestinal, fiebre, síntomas genitourinarios, etc.; pero estos síntomas no siempre se presentan conjuntamente sino que dependen de la patología causal, unos se hacen más ostensibles que los otros o simplemente algunos no se hacen presentes. 7 La evaluación de cada uno de los síntomas y signos que presenta el paciente son de una importancia innegable. 4 Todos los síntomas y signos que presenta un paciente con patología abdominal tienen características más o menos comunes, -- pero las diferencias dependen de la causa que desencadena el proceso, sin embargo hay un síntoma que por estar siempre presente hay que darle un valor -- semiológico especial y es el dolor abdominal cuyas características de inicio, -- evolución, intensidad, etc., pueden llevar rápidamente al diagnóstico. 5, 6, -- 15, 18

Hay que tomar en cuenta que los padecimientos abdominales agudos empeoran con el transcurso del tiempo y la probabilidad de complicaciones aumenta también, por lo cual el cirujano esta obligado a establecer un diagnóstico -- tan rápidamente como sea posible. 2, 3, 19, 20

El presente trabajo pone de manifiesto en nuestra población de pacientes el porcentaje de complicaciones derivadas de los procedimientos quirúrgicos abdominales de urgencia, su frecuencia, factores que influyen en su presentación y mortalidad que ocasionan. Las complicaciones más frecuentes son analizadas en el presente trabajo las cuales muchas de ellas no son directamente atribuibles a la técnica quirúrgica sino al manejo médico pre y posoperatorio o simplemente al paciente que se maneja, nuestras conclusiones tienen el principal interés de señalar todas las posibles fallas encontradas en el análisis, hacer conciencia de lo que tenemos como apoyo diagnóstico y utilizarlo con celeridad e indicación adecuada dándole la interpretación y valor que merecen con el fin de abatir las complicaciones que tan frecuentemente encontramos. 21, 22, 23, 24

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de 5 años (agosto de 1985 a julio de 1988) y un prospectivo a 1 año (agosto de 1988 a julio de 1989), se revisaron un total de 1600 expedientes de pacientes adultos posoperados de cirugía abdominal de urgencia en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Se plantearon y valoraron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo desde su ingreso al servicio de urgencias hasta la realización de cirugía, datos clínicos para basarse en cirugía, datos importantes de laboratorio y gabinete, complicaciones abdominales tempranas y tardías, enfermedades concomitantes, días de hospitalización y mortalidad. Los datos obtenidos son exclusivamente de las notas de los expedientes desde su estancia hospitalaria hasta el control posterior en consulta externa.

De los 1600 expedientes de pacientes revisados, se eliminaron a todos aquellos que no presentaron complicaciones posoperatorias así como a aquellos que presentaron complicaciones posoperatorias pero sin relación con el procedimiento quirúrgico efectuado. Los expedientes de los pacientes excluidos fueron 1192 (74.1%), se incluyen en el presente estudio a 408 pacientes (25.2%) los cuales presentaron complicaciones posoperatorias relacionadas con el acto quirúrgico efectuado. La patología abdominal que ameritó cirugía y el porcentaje de pacientes complicados y no complicados en nuestra revisión se muestran en el cuadro 1.

RESULTADOS

De lo 408 pacientes incluidos en nuestro estudio, 226 (55.3 %) correspondieron al sexo masculino y 182 (44.7 %) al sexo femenino, la edad comprendió un rango de 15 a 98 años con una media de 58.4 años. Los antecedentes patológicos de importancia se muestran en el cuadro 2, cabe mencionar que en 80 pacientes no existieron antecedentes de importancia.

El exámen de laboratorio más comunmente empleado en nuestros pacientes (99 %) fue la BH siendo la fórmula blanca la más relevante con un rango de 2700 a 37600 y una media de 13200. Los estudios de gabinete empleados fueron las placas simples de abdomen y el ultrasonido reportándose datos positivos en 328 pacientes (80.3 %) y en 64 pacientes (15.7 %) no se encontraron datos sugestivos de patología abdominal, en 16 pacientes (3.9 %) no se comentaron los estudios.

La decisión de intervenir quirúrgicamente al paciente se llevó a cabo en 311 pacientes (76.2 %) debido al cuadro clínico altamente sugestivo, en 97 - pacientes (23.7 %) el cuadro clínico no fue muy evidente por lo que la decisión quirúrgica requirió el apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete. Los principales signos y síntomas que presentaron nuestros pacientes se muestran en el cuadro 3.

El tiempo transcurrido desde la admisión del paciente hasta la realización de cirugía comprendió un rango de 35 minutos a 72 horas con una media de - 13.4 horas.

La patología abdominal que condicionó cirugía en nuestro grupo de estudio se muestra en el cuadro 4.

Las complicaciones presentadas en nuestro grupo de pacientes se clasificaron en tempranas y tardías tomando como tempranas a aquellas que ocurrieron antes de 7 días del posoperatorio y como tardías a aquellas que se presentaron después de los 7 días, se mencionan en el cuadro 5.

El tiempo de estancia hospitalaria varió de un rango de 1 a 98 días -- con una media de 12 días.

Fallecieron 64 pacientes (15.9 %), siendo 43 pacientes mayores de 60 años y 21 pacientes menores de 60 años, las causas de mortalidad se observan en el cuadro 6.

DISCUSION

La cirugía abdominal de urgencias se presenta con una frecuencia significativamente importante. La atención quirúrgica adecuada y el cuidado de rutina de un paciente posoperado debe realizarse a fin de diagnosticar oportunamente las complicaciones que puedan preceder al acto quirúrgico.

En nuestra revisión la patología que con más frecuencia condicionó abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis aguda, datos acordes con la literatura mundial que señala esta patología como primer causa de abdomen agudo quirúrgico de urgencia, las complicaciones en este grupo de pacientes fueron más comunes en el grupo etario mayor lo que sugiere que el proceso infeccioso aunado a una menor irrigación del apéndice son factores importantes en permitir una rápida progresión de la enfermedad. Ocupó el segundo lugar los cuadros de obstrucción intestinal constituyendo nuevamente una de las emergencias más graves en el paciente geriátrico ya que el intestino por encima de la obstrucción cargado con contenido retenido y séptico se convierte en un vehículo para la absorción de productos cuya acción intensamente tóxica puede llevar al paciente rápidamente al final. Los problemas de vesícula y vías biliares se encuentran en tercer lugar, el piocolecisto, colecistitis aguda e hidrocolecisto fueron las patologías principales con afección de tres a uno del sexo femenino con respecto al masculino siendo la colecistectomía el procedimiento quirúrgico de elección. Los traumatismos abdominales quedan en cuarto lugar englobando en su mayoría a pacientes menores de 60 años, siendo más frecuente el trauma abierto -- que el cerrado. La pancreatitis aguda, los padecimientos ginecoobstétricos, la enfermedad acidopéptica así como otros padecimientos siguieron en orden de frecuencia como causa de abdomen agudo.

En cuanto a la edad, el promedio fue de 58.2 años, siendo 287 pacientes mayores de 55 años y 121 menores de 55 años. En lo referente al sexo varío dependiendo de la patología causal con predominio por ejemplo en los traumatismos abdominales del sexo masculino y en las enfermedades de las vías biliares --

del sexo femenino. Sin embargo del total de pacientes 226 correspondieron al sexo masculino y 182 al sexo femenino. La sintomatología principal en nuestro grupo de pacientes no difirió a la reportada en la literatura mundial, en nuestra serie el dolor abdominal, los cambios de sensibilidad y tono en la pared abdominal, los trastornos de los movimientos peristálticos y la fiebre fueron los datos más comunmente hallados.

En lo referente a mortalidad en nuestra revisión la septicemia constituyó la causa más frecuente de muerte.

CONCLUSIONES

Haciendo incapié en los objetivos trazados podemos concluir lo siguiente:

1.- Las infecciones de las heridas quirúrgicas, sepsis abdominal, absceso de pared, granulomas por reacción a material de sutura, desequilibrio hidroelectrolítico y oclusión intestinal posquirúrgica en ese orden de frecuencia constituyeron el 75% de las complicaciones posoperatorias que presentaron nuestros pacientes, siendo el 25% restante ocupado por diversas complicaciones de gran importancia también como eventraciones, hemorragia y abscesos residuales entre otras.

2.- La incidencia de las complicaciones fue mayor en pacientes arriba de 55 años (70.3%) que en grupos de menor edad, asimismo la gravedad de estas complicaciones fue mayor en ancianos que en jóvenes. En cuanto al sexo la incidencia fue mayor en hombres (55.3%) que en mujeres (44.7%).

3.- El porcentaje en complicaciones posoperatorias fue de 25.1% (408 pacientes) de todas las intervenciones quirúrgicas abdominales de urgencias en nuestra revisión.

4.- Los factores que favorecieron la presencia de complicaciones fueron varios, siendo uno de los principales el excesivo tiempo empleado, en promedio 13 horas para llevar a cirugía a nuestros pacientes, ya que los padeci---

mientos abdominales agudos empeoran con el transcurso del tiempo por lo cual el cirujano esta obligado a establecer un diagnóstico tan rapidamente como sea posible evitando o disminuyendo con esto la frecuencia y gravedad de las complicaciones. La edad mayor de 55 años, las condiciones del paciente, el tipo de lesión que condicionó abdomen agudo, sin olvidar por supuesto el número de órganos lesionados con contaminación importante de la cavidad abdominal aunado a un juicio quirúrgico erróneo y poca experiencia del cirujano indiscutiblemente favorecieron también la aparición de complicaciones.

Un diagnóstico oportuno, un manejo preoperatorio adecuado de las condiciones generales del paciente, una excelente técnica operatoria y el cuidado posoperatorio estrecho disminuirán considerablemente las complicaciones y redundaran en mayor beneficio para nuestros pacientes.

5.- La sepsis abdominal continúa representando un gran problema en la práctica médico quirúrgica, el cirujano se enfrenta constantemente a complicaciones muy severas de la sepsis abdominal y a cifras poco estimulantes de morbilidad y mortalidad. La mortalidad en nuestro grupo de estudio comprendió el 15.6% o sea que fallecieron 64 pacientes y de éstos 25 fueron debido a sepsis abdominal.

Cuadro 1 Patología que condicionó abdomen agudo quirúrgico.

Patología	Total pacientes	No complicados	Complicados
Apendicitis agudas	884 (55.2%)	764 (47.7%)	120 (7.5%)
Padecimientos de vesículas y vías biliares	276 (17.2%)	200 (12.5%)	76 (4.7%)
Oclusión intestinal	163 (10.1%)	66 (4.1%)	97 (6.0%)
Trauma abdominal	132 (8.2%)	83 (5.1%)	49 (3.0%)
Padecimientos gineco-obstétricos	50 (3.0%)	39 (2.4%)	11 (.6%)
Enfermedad ácido péptica complicada	29 (1.8%)	17 (1.0%)	12 (.7%)
Pancreatitis aguda	23 (1.4%)	3 (.1%)	20 (1.2%)
Otras causas	43 (2.6%)	20 (1.2%)	23 (1.4%)
T O T A L :	1600 (100 %)	1192 (75 %)	408 (25 %)

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional Lic. Adolfo López - Mateos.

Fecha de recolección de datos
1984-1989

Cuadro 2 Antecedentes patológicos

<i>Patología</i>	<i>No. de pacientes</i>
<i>Hipertensión arterial</i>	<i>78</i>
<i>Antecedentes quirúrgicos previos</i>	<i>66</i>
<i>Diabètes mellitus</i>	<i>53</i>
<i>Transtornos cardiovasculares</i>	<i>34</i>
<i>Enfermedad acidopéptica</i>	<i>29</i>
<i>Obesidad</i>	<i>28</i>
<i>Desnutrición</i>	<i>25</i>
<i>Enfermedades respiratorias</i>	<i>22</i>
<i>Artritis reumatoidea</i>	<i>15</i>
<i>Cirrosis hepática</i>	<i>11</i>
<i>Otras patologías</i>	<i>21</i>

*Fuente: Archivo Clínico del Hospital
Regional Lic. Adolfo López -
Mateos.*

*Fecha de recolección de datos
1984-1989*

Cuadro 3 Signos y Síntomas

Signo o Síntoma	Porcentaje
Dolor Abdominal	96 %
Cambio de sensibilidad y tono de la pared abdominal	72 %
Transtornos de los movimientos peristálticos	64 %
Fiebre	56 %

Fuente: Archivo Clínico del Hospital
Regional Lic. Adolfo López -
Mateos.

Fecha de recolección de datos
1984-1989

Cuadro 4 Patologías que condicionaron abdomen agudo

Patología	No. de pacientes
1.- Apendicitis aguda	120
a).- complicadas	90
b).- No complicadas	30
2.- Oclusión intestinal	97
a).- Hernia inguinal complicada	40
b).- Bridas y adherencias	25
c).- Volvulus	10
d).- Hernia interna	10
e).- Hernia de pared complicada	5
f).- tumores	7
3.- Padecimientos de vesícula y vías biliares	76
a).- Colecistitis aguda	18
b).- Hidrocolecisto	14
c).- Picolecisto	29
d).- Colangitis	10
e).- Tumores	5
4.- Traumatismo abdominal	49
a).- Cerrado	19
b).- Abierto	30
5.- Pancreatitis aguda	20
a).- Inflamatorias	9
b).- Necrohemorrágicas	11
6.- Padecimientos Ginecoobstétricos	11
a).- Quistes de ovario	6
b).- Perforación uterina	1
c).- Embarazo tubario	1
d).- Anexitis	1
e).- Piometra perforada	2
7.- Enfermedad ácido-péptica complicada	12
8.- Otras causas	23
a).- Adenitis mesentérica	1
b).- Abdomen congelado	1
c).- Ameboma	1
d).- Dilatación ideopática del colon	1
e).- STDA por varices esofágicas	1
f).- Ca renal	1
g).- Enfermedad de Crohn	1
h).- Trombosis mesentérica	10
i).- Absceso hepático	4
j).- Diverticulitis sigmoidea	5

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional Lic. Adolfo López - Mateos.

Fecha de recolección de datos
1984-1989

Cuadro 5 *Complicaciones*

<i>Diagnóstico</i>	<i>No. de pacientes</i>
<i>Tempranas</i>	
<i>Infección de herida quirúrgica</i>	89
<i>Desequilibrio hidroelectrolítico</i>	24
<i>Sangrado posquirúrgico</i>	14
<i>Distensión abdominal</i>	11
<i>Sepsis Abdominal</i>	12
<i>Hematoma de herida quirúrgica</i>	9
<i>Dehiscencia de anastomosis</i>	3
<i>Tardías</i>	
<i>Sepsis abdominal</i>	56
<i>Absceso de pared</i>	46
<i>Granuloma por reacción a material de sutura</i>	34
<i>Oclusión intestinal posquirúrgica</i>	22
<i>Diarrea posquirúrgica</i>	18
<i>Eventración</i>	15
<i>Absceso residual</i>	16
<i>Ictericia posquirúrgica</i>	9
<i>Dehiscencia de Anastomosis</i>	9
<i>Fístulas enterocutáneas</i>	6
<i>Pseudoquiste pancreático</i>	1
<i>Absceso pancreático</i>	3
<i>Flegmón pancreático</i>	1

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional Lic. Adolfo López - Mateos.

Fecha de recolección de datos 1984-1989

Cuadro 6 Mortalidad

Causa	No. de pacientes
Septisemia	25
Infección respiratoria	12
Transtornos cardiacos	9
Insuficiencia renal aguda	7
Pancreatitis necrohemorragica	4
Transtornos hidroelectroliticos y desequilibrio acido base	7

Fuente: Archivo Clinico del Hospital
Regional Lic. Adolfo López -
Mateos.

Fecha recolección de datos
1984-1989

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Maingot, Schwartz. Operaciones abdominales. Volumen I y II Editorial Panamericana 1986.
- 2.- Sabinston D.C. Tratado de Patología Quirúrgica. Volumen I y II 11ava. edición. Editorial Interamericana 1985.
- 3.- Romero Torres. Tratado de Cirugía. Volumen I y II Primera Edición. Editorial Interamericana 1985.
- 4.- Schwartz, Shires. Patología quirúrgica. Volumen I y II Segunda edición en español. La Prensa Médica Mexicana.
- 5.- Gutiérrez Samperio. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Manual Moderno 1988.
- 6.- John A. Butler, Jason Huang. Repeated Laparotomy for Postoperative Intra abdominal sepsis. Arch Surg. 122: 702-6, 1987
- 7.- M. Sianesi, A. Chirarduzzi. holecystectomy for acute Cholecystitis: Timing of operation: Bacteriologic aspects, and postoperative course. Am J. Surg 148 ; 609-12, 1984
- 8.- T.J. Bund. Urgent Relaparotomy: The high-risk, no choice operation. Surgery 3:91-6, 1985
- 9.- Paul L. Been, Bruce G. Wolft. Level of anastomosis and Recurrent colonic Diverticulitis. Am. J. Surg 151:269-71, 1986
- 10.- Gregory S. McGee. Perforated Gastric Ulcers. Arch Surg 122:555-61, 1987
- 11.- James W. Pate, Thomas G. Petera. Postesplenectomy Complications. Ann Surg 51:437-41, 1985
- 12.- P. Kovalick, T. Marshall. Urgent Cholecystectomy. Am Surg 50:91-3, 1984
- 13.- Feliciano A. Kenethl-Mathox. Management of 1000 consecutive cases of Hepatic trauma. Ann Surg. 204:438-43, 1986
- 14.- Alton H. Dauterine, Luis Flancbaun. Blunt Intestinal Trauma. Ann Surg. 201 198-203, 1985
- 15.- Henry A. Pitt, Rusell G. Postier. Biliary Bacteria. Arch Surg. 117:445-49 1982.
- 16.- Carol E. A. Scott, Keneth Sher. Implications of Emergency Operations on - the colon. Am J. Surg. 153:535.40, 1987
- 17.- A Gerson Greenburg. Mortality and Gastrointestinal Surgery in the aged. Arch Surg. 116: 788-91, 1981.
- 18.- A. Khan P. Rubinstein. Ischemic Bowel Disease: Diagnosis and Prognosis. Geriatrics. 39: 63-74, 1984
- 19.- B. Kaosholm, P. Bartholden. Antibiotics in acute abdominal Surgery . Acta Chir. Scand. 152: 267-72, 1986.
- 20.- L. Ensstrom. Appendicectomy: Assessment of Stup Invagination versus simple ligation; a prospective, rabdomizad trial. Br. J. Surg 72:971-72, 1985

- 21.- J. Thomas Creps, John P. Welch. Managemet and Outcome of Retroperitoneal Absceses
Ann. Surg. 205:276-81, 1987
- 22.- Adar R, Bass A, Walden R. Iarrogenic Complications In surgery: An Surg
196:725, 1982.
- 23.- Hinsdale J, Jaffe B. Re-operation for intra-abdominal sepsis. Ann surg 199:
31 1984.
- 24.- Papa M. Ansteridam E. Shneirderman J. Hemorragic complications encountered on a
surgical service. Am J. Surg 147:378, 1984